



Hồ Sơ Tiền-Trình Sức Khỏe Cho Trẻ Em

Hôm nay ngày: _____

Tên: _____

Ngày sinh: _____ Tuổi: _____

Hồ Sơ Tiền-Trình Sức Khỏe Cho Trẻ Em

1. Con bạn khám sức khỏe ở đâu? _____
2. Lần trước em trẻ khám sức khỏe tới nay được bao lâu rồi?

3. Em trẻ có bị sanh non không (được 37 tuần hoặc sớm hơn)?
 Có Không
Nếu có, xin liệt kê _____
4. Em trẻ đã từng có vấn đề về sức khỏe, bị giải phẫu hoặc bị thương nặng không?
 Có Không
Nếu có, xin liệt kê _____
5. Trong 12 tháng vừa qua em trẻ đã từng vào nhà thương không?
 Có Không
6. Em trẻ có đang uống thuốc gì không?
 Có Không
Nếu có, xin liệt kê _____
7. Lần trước em trẻ khám răng tới nay được bao lâu rồi? _____
8. Răng của em trẻ có bị vấn đề gì không, kể cả đau răng hoặc bị vết trầy xước trên răng ?
 Có Không
Nếu có, xin liệt kê _____
9. Em trẻ có đang trong chương trình ăn uống đặc biệt gì không?
 Có Không
Nếu có, xin mô tả _____
10. Có loại thực phẩm nào bạn giới hạn hoặc tránh cho trẻ ăn không?
 Có Không
Nếu có, xin liệt kê _____

11. Em trẻ này có bị trớ ngạt gì về nhai hoặc nuốt không?

Có Không

Nếu có, xin liệt kê _____

12. Bạn có những thú sau đây không?

a. một lò điện còn sử dụng được Có Không
b. một tủ lạnh còn sử dụng được Có Không
c. nước vòi Có Không

13. Em trẻ có còn đang bú sữa mẹ không?

Có Không

14. Có ai trong gia đình bạn hút thuốc lá trong nhà không?

Có Không

15. Trong ngày hôm qua em trẻ đã ngồi coi Tivi, Videos, hoặc DVDs mấy tiếng ?

2 tiếng hoặc ít hơn Nhiều hơn 2 tiếng Không coi
 Không biết

16. Bạn có sợ một người nào đó mà bạn quen biết có thể làm con bạn bị thương hoặc bị tổn hại không?

Có Không

**Điện Thoại Toàn Quốc Cho Bạo Động Trong Gia Đình
1-800-799-7233**

17. Bạn có bao giờ lo âu rằng mình không thể mua đủ thực phẩm để nuôi gia đình không?

Có Không

**Hãy liên lạc Văn Phòng Thông Tin và Chỉ Dẫn bằng cách
bấm số 211 hoặc vào mạng <http://www.211Texas.org>.**



Staff Comments



Hồ Sơ Cập Nhật Tiến-Trình Sức Khỏe Cho Trẻ Em

Tên: _____

Ngày sanh: _____

Staff Instructions

For continuity of care, review all previous health history documentation before asking these update questions. Complete new health history when both updates have been filled.

Cập nhật #1

Hôm nay ngày _____

1. Em trẻ này có gặp bác sĩ hoặc chuyên viên y-tế khác trong sáu tháng vừa qua không?
 Có Không
2. Em trẻ từng có hoặc mới có vấn đề gì hay lo ngại gì về sức khỏe không?
 Có Không
3. Có ai trong gia đình bạn hút thuốc lá trong nhà không?
 Có Không
4. Trong ngày hôm qua em trẻ đã ngồi coi Tivi khoảng mấy tiếng?
 2 tiếng hoặc ít hơn Nhiều hơn 2 tiếng
 Không coi Không biết
5. Bạn có sợ một người nào đó mà bạn quen biết có thể làm con bạn bị thương hoặc bị tổn hại không?
 Có Không

**Điện Thoại Toàn Quốc Cho Bạo Động Trong Gia Đình
1-800-799-7233**

Staff Comments

Cập nhật #2

Hôm nay ngày _____

1. Em trẻ này có gặp bác sĩ hoặc chuyên viên y-tế khác trong sáu tháng vừa qua không?
 Có Không
2. Em trẻ từng có hoặc mới có vấn đề gì hay lo ngại gì về sức khỏe không?
 Có Không
3. Có ai trong gia đình bạn hút thuốc lá trong nhà không?
 Có Không
4. Trong ngày hôm qua em trẻ đã ngồi coi Tivi khoảng mấy tiếng?
 2 tiếng hoặc ít hơn Nhiều hơn 2 tiếng
 Không coi Không biết
5. Bạn có sợ một người nào đó mà bạn quen biết có thể làm con bạn bị thương hoặc bị tổn hại không?
 Có Không

**Điện Thoại Toàn Quốc Cho Bạo Động Trong Gia Đình
1-800-799-7233**

Staff Comments